

Rechnung

| | | | | |
|--------------------|----------------------|-------------------|---------------|----------------------|
| IV-Stellennummer 1 | Datum der Rechnung 2 | Rechnungsnummer 3 | Belegnummer 4 | Versichertennummer 5 |
|--------------------|----------------------|-------------------|---------------|----------------------|

| | | | | |
|---|-------------|--|------------------------------|--|
| Versicherte(r): Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort 6 | | Adresse der IV-Stelle 7 | | |
| NIF 8 | Postkonto 9 | Postkonto der Drittstelle 10 | Bankkonto der Drittstelle 11 | |
| Rechnungssteller: Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort 12 | | Name und Sitz der Drittstelle (z.B. Bank) 13 | | |

| Datum der Leistungen 14 | Leistungen 15 | Anzahl 16 | Tarifpos. od. Code 17 | Betrag od. Taxpunkte 18 | Betrag 19 |
|-------------------------|---------------|-----------|-----------------------|-------------------------|-----------|
| | | | | | |

Total 20

| | | |
|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Visum der IV-Stelle 21 | Allfällige Bemerkungen 22 | Verfügungsnummer 23 |
|------------------------|---------------------------|---------------------|

Zur Beachtung

Bitte diese Rechnung klar und deutlich ausfüllen. Die Verarbeitung wird dadurch vereinfacht und die Bezahlung beschleunigt.

Rechnungen für Eingliederungsmassnahmen können von der IV-Stelle nur **dann zur Auszahlung** an die Zentrale Ausgleichsstelle weitergeleitet werden, **wenn sie folgende Angaben enthalten** :

- Nummer des/der Versicherten (Feld 5)
- Datum der Verfügung oder Mitteilung (Es können keine Rechnungen entgegengenommen werden für Leistungen, für welche noch keine Verfügung oder Mitteilung vorliegt) (23)
- Die durch die Zentrale Ausgleichsstelle, 1211 Genf 28, zugeteilte NIF-Nummer (8)
- Name, Vorname und Adresse des/der Versicherten (6)
- Name, Vorname (bzw. Firma) und Adresse des Rechnungsstellers/der Rechnungsstellerin (12)
- Genaue Umschreibung der Leistungen, (15)

Bei Apothekerrechnungen :

- – Die Medikamente sind einzeln anzugeben (15)
- – Die Arztrezepte sind beizufügen
- – Vermerk « Betrifft IV » auf dem Rezept

Bei Brillen :

- – Empfangsbestätigung
- – Brillenrezept des Arztes

Bei Physiotherapie :

- – Anweisung des Arztes/der Ärztin mit Vermerk « Betrifft IV »

Bei Rückerstattung von Auslagen :

- – Originalbelege beifügen
- – Totalbetrag (bei fremder Währung ist die Währungsart ausdrücklich zu bezeichnen) (20)

Wird die Zahlung an eine Drittstelle gewünscht :

- Name und Sitz der Drittstelle (13)
- Nummer des Kontos bei der Drittstelle (11)
- Postkonto der Drittstelle (10)

Folgende Formulare sind zu verwenden :

- 318.632.1. für Reisekosten
- 318.632.2. für Pflegebeiträge an hilflose Minderjährige
- 318.632.3. für die Hauspflegekosten
- 318.631. für Arzt/Zahnarztrechnung betr. ärztliche/zahnärztliche Leistungen